UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°148

A PROPOS DE DEUX CAS DE SCOLIOSE ESSENTIELLE A DÉBUT LOMBAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mai 1920

PAR

GIDON (Alexis-Antoine-Henri)

Né à Cunlhat (Puy-de-Dôme), le 14 février 1890

Décoré de la Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	ESTOR, professeur. *Président*	
	FORGUE, professeur.	
	RICHE, agrégé.	*Assesseurs*
	ETIENNE, agrégé.	



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

A PROPOS DE DEUX CAS

DE

SCOLIOSE ESSENTIELLE A DÉBUT LOMBAIRE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0183

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°148

A PROPOS DE DEUX CAS
DE
SCOLIOSE ESSENTIELLE
A DÉBUT LOMBAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mai 1920



PAR

GIDON (Alexis-Antoine-Henri)

Né à Cunlhat (Puy-de-Dôme), le 14 février 1890

Décoré de la Croix de Guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse:
- ESTOR, professeur, *Président*.
- FORGUE, professeur. } *Assesseurs*
- RICHE, agrégé. } *Assesseurs*
- ETIENNE, agrégé. } *Assesseurs*



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	DOYEN.
N...	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O. ✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT (✻).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O. ✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Physiologie	HEDON (✻).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✻).
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✻).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (♣).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (♣).
Microbiologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O. ✻ ♣), a. l. c. c.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN ✻ ♣, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe	RICHE, agrégé (ch. de c.).
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (c. d. c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé (c. d. c.)
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie	WATON (✻ ♣) (Dr) (c. d. c.).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.
GRYNFELTT (✻).
LEENHARDT.
GAUSSEL (✻ ♣).
RICHE.

MM. CABANNES.
P. DELMAS.
EUZIERE.
J. DELMAS (♣).
RIMBAUD (✻).

MM. ETIENNE.
LISBONNE.
PECH (✻) ch. d'ag.

Examinateurs de la thèse :

MM. ESTOR, profes., présidt; FORGUE, prof.; RICHE, agrégé; ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR HENRI GIDON

Dont l'amour, la bonté infinie et les sages conseils m'ont été sitôt ravis.

A MA FEMME ET A MON FILS

Je dédie cette thèse, bien faible hommage de ma grande affection et de mon entier dévouement.

A MES ONCLES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. GIDON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET ORTHOPÉDIE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉTIENNE

Qu'il me soit permis de le remercier ici pour la bienveillance avec laquelle il m'a toujours reçu et pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de me prodiguer.

A MON JURY DE THÈSE

A. GIDON.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études, lorsque notre pensée se reporte en arrière et que nous évoquons le bon temps d'avant-guerre, il nous reste au cœur un profond regret, celui de ne pouvoir englober dans les mêmes remerciements tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

Nous avons eu le grand malheur de perdre prématurément un père qui aurait été fier aujourd'hui de voir son fils continuer les bonnes traditions d'Hippocrate, que lui-même avait toujours pratiquées avec conscience et honneur. Nos oncles, qui l'ont suppléé dans toute la mesure de leur affection, ont droit à toute notre sympathie et nous sommes heureux de leur témoigner ici notre bien vive gratitude.

Que nos Maîtres de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, qui eurent la tâche ingrate de guider nos premiers pas dans l'art médical, veuillent bien accepter également le témoignage de notre reconnaissance. Nous avons assisté avec le plus grand intérêt aux leçons cliniques de MM. les professeurs Bousquet, Maurin, Planchard, ainsi qu'aux cours et conférences de MM. les professeurs Billard, Buy, Pakowsky. Nous nous effor-

cerons de mettre en pratique leur enseignement et leurs bons conseils.

La guerre est venue, et comme tant d'autres nous avons dû abandonner nos études pour collaborer dans la mesure de nos moyens à la défense du patrimoine national. Si nous avons trouvé pendant nos quâtre années de front une source d'énergie et d'émotions fortes, ce n'est pas sans une certaine appréhension que nous avons repris le cours, si longtemps interrompu, de nos études médicales.

C'est à Montpellier que nous avons voulu conquérir notre diplôme de docteur en médecine ; à la Faculté comme aux hôpitaux, nous avons trouvé le plus bienveillant accueil auprès de maîtres distingués. A tous nous adressons nos hommages respectueux et reconnaissants.

Notre gratitude va plus particulièrement à M. le professeur Estor pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, à M. le professeur agrégé Etienne qui eut l'aimable obligeance de nous guider dans notre modeste travail.

A PROPOS DE DEUX CAS
DE
SCOLIOSE ESSENTIELLE
A DÉBUT LOMBAIRE

INTRODUCTION

En suivant les leçons de clinique chirurgicale infantile, nous avons constaté que les scolioses occupaient une place importante dans les consultations. Les avis sont partagés quant à la localisation de début de la scoliose essentielle de l'adolescence ; il nous a paru, peut-être utile, tout au moins intéressant, de signaler dans notre thèse quelques faits particuliers tenant à l'évolution de cette maladie.

Pour Bouvier, Boulard, Kirmisson, Schreiber, Eulenburg, la courbure principale et primitive de la scoliose essentielle se fait dans la région dorsale droite dans 95 °/₀ des cas environ ; c'est l'opinion qui prévaut de nos jours dans les classiques. Par contre, J. Shaw, Schmidt, Lorenz, Duchmann, admettent un début lombaire gauche dans la moitié des cas ; et Lüdwig va plus loin encore, puisqu'il admet ce début lombaire gauche

dans tous les cas. Sans être aussi affirmatif que ce dernier, nous pensons que la scoliose essentielle a un début lombaire bien plus fréquent que ne l'admettent les classiques.

Il est évident que, dans la région dorsale, la gibbosité se distingue parfaitement ; ou sinon on est frappé par le contour du thorax nettement déformé par la rotation des vertèbres et des côtes. Par contre, la voussure de la région lombaire est bien malaisée à déceler dans les cas légers et surtout au début. Mais le traitement de la scoliose devant être précoce pour être véritablement efficace, il importe donc de dépister le mal dès le début de son apparition.

La base de notre travail repose sur deux observations très probantes que nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Etienne ; elles feront l'objet du chapitre suivant.

FAITS CLINIQUES

Observation I

L..., âgé de 15 ans, vient à la consultation en mars 1919 pour déformation de la colonne vertébrale.

Antécédents héréditaires. — Une grand'mère était atteinte de torticolis congénital. Le père est bien portant. La mère, décédée depuis quelques années, était scoliotique ; on n'a pu préciser la cause de sa mort.

Antécédents personnels. — Le petit malade n'a jamais été très robuste. Le père ne donne aucun renseignement précis sur les antécédents de son fils, sinon que celui-ci aurait fait du rachitisme. L'enfant n'étant pas surveillé, le début de la déformation a passé inaperçu.

Examen. — Le malade vu de dos, on est surtout frappé par la déformation lombaire : à droite, il existe un véritable coup de hache profond, les fausses côtes sont fortement rapprochées de la crête iliaque ; à gauche, c'est l'inverse. Le rachis est infléchi en S italique, avec une courbure dorsale droite à sommet correspondant à la sixième vertèbre dorsale et une courbure lombaire gauche à sommet correspondant à la deuxième

vertèbre lombaire. Mais tandis que la courbure dorsale, moins accentuée, se corrige parfaitement, il n'en est pas de même de la courbure lombaire. Celle-ci persiste dans son ensemble quels que soient les efforts ; c'est à peine si on remarque une légère amélioration.

La mensuration répétée des membres inférieurs permet d'éliminer toute hypothèse de raccourcissement. Malgré un examen méthodique et complet du malade, on n'arrive pas à connaître la cause de cette scoliose, que l'on qualifie alors d'essentielle. Pourtant la déformation lombaire est telle, que l'on peut se demander s'il ne s'agit point d'une scoliose congénitale, due à la présence d'une hémivertèbre supplémentaire. Une radiographie très nette permet d'éliminer cette hypothèse et montre que les vertèbres participant à la courbure lombaire ont subi les déformations classiques (vertèbre cunéiforme au sommet, etc.).

Traitement prescrit. — Repos dans le décubitus dorsal. Réglementation des repas et de l'alimentation. Cure hélio-marine. Gymnastique respiratoire. Cure de recalcification, avec de faibles doses de thyroïdine.

On ignore les résultats, le malade n'ayant pas été revu depuis.

Observation II

F..., petit malade de 8 ans et demi, est amené à la consultation en janvier 1920 pour déviation du rachis.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère rhumatisante. Une sœur aînée est morte de méningite à six mois. Trois frères ou sœurs jumeaux n'ont pas dé-

passé le quatrième mois de la vie intra-utérine. Une sœur de 16 ans est en traitement pour scoliose et pied plat.

Antécédents personnels. — Cet enfant est porteur d'un pied plat valgus au début à gauche. Il fut opéré, il y a un an, de végétations adénoïdes. Il présente depuis quinze jours environ une inflexion latérale du rachis. Sa mère, femme intelligente s'occupant admirablement de ses enfants, nota cette déviation dès le début et fit examiner immédiatement le petit malade.

Examen. — L'état général de cet enfant semble mauvais ; il a le teint pâle et le ventre ballonné. Le début de la déformation rachidienne a coïncidé avec l'apparition de troubles digestifs, consistant en léger ballonnement du ventre et constipation opiniâtre.

La courbure rachidienne siège dans la région lombaire et sa convexité est dirigée à gauche. La déviation se corrige facilement et complètement ; mais le rachis, abandonné à lui-même, s'incline comme un roseau sous le vent. Aucune trace de déviation dorsale.

Traitement prescrit. — Repos dans le décubitus dorsal. Grand air. Héliothérapie. Gymnastique respiratoire. Alimentation très surveillée. Régularisation des fonctions intestinales avec du calomel à doses faibles et répétées.

Résultat. — Deux mois de traitement ont suffi pour faire disparaître la scoliose et les troubles digestifs. L'enfant va en classe et joue sans fatigue. Examiné depuis, on ne constate rien d'anormal du côté du rachis ; la guérison de la scoliose se maintient sans qu'il ait été nécessaire d'appliquer un appareil orthopédique.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Cette question nous retiendra quelque temps, car ce sont les constatations anatomo-pathologiques qui ont été le point de départ des diverses théories pathogéniques successivement défendues par les auteurs et sur lesquelles on s'est appuyé, par suite, pour édifier les différentes méthodes de traitement.

Courbures latérales. — Les déviations latérales primitives du rachis que l'on observe dans la scoliose essentielle sont de deux sortes. Elles peuvent siéger dans la région dorsale supérieure, leur convexité de courbure étant alors généralement tournée à droite ; mais on les trouve encore (les observations qui précèdent en font foi) dans la région lombaire. Dans ce dernier cas, la convexité de courbure est le plus souvent dirigée vers la gauche. L'agent principal de la malformation de ces régions rachidiennes est le système musculaire, ou du moins certains groupes musculaires. Nous y reviendrons plus loin.

En dehors de ces courbures principales ou primitives, il existe d'autres courbures, dites courbures de compensation. Nous n'insisterons pas sur celles-ci ; nous men-

tionnerons seulement qu'étant toujours en opposition, c'est-à-dire en sens inverse de la courbure principale, les concavités se regardent. Le but des courbures de compensation est de rétablir l'équilibre, perdu par la formation de la déviation primitive. Quand la courbure lombaire est principale et forme par sa réunion avec la courbure dorsale de compensation un S italique, elle prend le nom de « scoliose sigmoïde », qu'elle se manifeste à droite ou à gauche.

Torsion. — L'équilibre du tronc n'est pas toujours uniquement maintenu par la courbure de compensation; il se complète alors dans le plus ou le moins de torsion des vertèbres. Ces torsions de l'axe rachidien sont inégalement accentuées; elles atteignent leur maximum au centre de la courbure. La torsion se produit toujours en sens inverse de la convexité, c'est-à-dire que les apophyses épineuses s'inclinent vers la concavité. Quand la torsion existe dans la courbure principale, elle se manifeste aussi dans les courbures de compensation.

Lésions des vertèbres. — Bouvier a démontré que, déjà à l'état normal, la plupart des rachis dont l'ossification est assez avancée présentent dans certaines vertèbres une asymétrie qui se produit à la fois suivant un plan horizontal et dans le sens vertical. Or, c'est là le caractère qui se retrouve dans la scoliose à un degré plus ou moins exagéré.

Dans toute scoliose, quel que soit le degré de la courbure, la hauteur des corps vertébraux est constamment diminuée du côté de la concavité, cette diminution atteignant quelquefois à peine quelques dixièmes de millimètre et, dans les formes très accentuées, réduisant à l'état d'un mince biseau tout le côté correspondant du corps vertébral.

Quant aux fibro-cartilages intervertébraux, du côté de la concavité de la courbure, ils ne présentent pas toujours une diminution de hauteur proportionnelle à celle des corps vertébraux et ils peuvent être encore assez épais. Harrison a constaté que les fibro-cartilages intervertébraux sont souvent sujets à perdre leur consistance normale et leur élasticité, en particulier dans les scolioses graves, dans les scolioses anciennes.

Sur les arcs postérieurs on constate également un affaissement latéral, quelquefois même plus accentué que celui des corps vertébraux. Les lames fortement comprimées perdent parfois plus de la moitié de leur hauteur, en même temps elles subissent un épaississement proportionnel. Dans d'autre cas, il y a atrophie, dans toutes les dimensions, des lames correspondant à la concavité de la courbure scoliotique.

Les modifications de forme que subissent les apophyses articulaires sont en rapport, d'une part, avec la situation des vertèbres et, d'autre part, avec la pression supportée.

Suivant que l'épaisseur et la largeur des pédicules diminuent plus ou moins en même temps que leur longueur, les trous de conjugaison sont eux-mêmes rétrécis du côté de la concavité et agrandis au contraire sur le côté opposé. Le trou vertébral est également modifié dans sa forme et devient ovoïde, la grosse extrémité de l'ovale répondant à la convexité du rachis et la petite à sa concavité.

Ligaments et muscles. — Au début d'une scoliose, il n'existe pas en apparence d'altération notable du côté de l'appareil musculaire, et pourtant c'est lui qui contribuera pour une large part à la formation des courbures.

Peu à peu cependant, par suite du rapprochement des points d'insertion des tendons, il se produit un raccourcissement des fibres musculaires. On a remarqué dans certains cas que les faisceaux musculaires étaient simplement plissés : c'est là un fait important au point de vue du traitement de cette maladie.

Déformations. — Les altérations du rachis ont pour effet, au niveau de la région dorsale, de modifier profondément la direction et la forme des côtes. Sous l'influence de ces déformations, le grand diamètre de la cage thoracique, normalement transversal, diminue graduellement à mesure que la déviation dorsale s'accentue et finit par se transformer en diamètre antéro-postérieur.

Le bassin dans la scoliose essentielle reste ordinairement à peu près normal et les déplacements du bassin sur le tronc ne correspondent souvent qu'à de simples apparences. Cependant dans les scolioses accentuées il existe toujours une différence de hauteur entre les deux crêtes iliaques. Nous ferons surtout remarquer que, dans les scolioses lombaires à convexité gauche, le diamètre oblique du bassin se trouve raccourci de droite à gauche ; l'obliquité du bassin est, par conséquent, inversement dirigée par rapport à celle du thorax.

Etat des viscères. — Le volume des poumons est généralement diminué dans tous les sens. Le cœur et l'aorte subissent souvent un changement de direction, dû à l'influence des courbures et des torsions. Le foie, presque normal en avant, se trouve souvent déformé de façon notable dans sa partie postérieure et inférieure. Considérés dans leur ensemble, les organes digestifs tendent à se porter vers l'excavation pelvienne. Les reins conservent souvent une forme et un volume normaux ; cependant, dans le cas de courbure lombaire

très accentuée avec torsion, le rein qui est du côté de la convexité se trouve comprimé entre les côtes et les corps vertébraux et, par conséquent, il s'amincit transversalement et s'allonge dans le sens vertical. Il faut noter enfin que la moelle et les nerfs rachidiens restent généralement intacts.

ÉTUDE CLINIQUE

Sans nous étendre longuement sur la vaste question de l'étiologie de la scoliose essentielle de l'adolescence, nous signalerons avec Kirmisson « que la cause initiale de cette maladie réside dans le trouble de nutrition des vertèbres pendant la période de développement. En mot, c'est le rachitisme vertébral de l'adolescence, plus ou moins analogue, sinon identique à celui de la première enfance ».

La courbure lombaire primitive est généralement le résultat des attitudes vicieuses que les enfants prennent dans la position assise ou debout en se tenant sur un côté. Les raisons qui nous font penser à la fréquence relativement importante de ce début lombaire s'appuient : 1° sur la grande mobilité de la colonne vertébrale de cette région ; 2° sur le fait que cette partie du rachis, supportant tout le poids du tronc, n'est pas soutenue latéralement, comme la région dorsale, à l'aide des côtes par exemple et des muscles qui s'y insèrent.

Les cas les plus fréquents de la scoliose essentielle à début lombaire se rencontrent à l'âge de 11 à 14 ans. La scoliose lombaire est généralement à convexité gauche.

Elle se manifeste d'abord par un déplacement du tronc sur le côté gauche, faisant saillir la hanche droite dont le relief est presque toujours le signe révélateur de la déformation. Le flanc gauche se trouve soulevé, pendant que le flanc droit devient le siège d'une dépression. A noter que cette excavation dans le flanc droit trompe souvent l'œil et fait supposer, dans certains cas, que c'est la hanche droite qui est la plus élevée, alors que réellement c'est bien la gauche.

Le sommet de la courbure lombaire siège généralement au voisinage de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire. Les phénomènes de torsion sont minimes ; ils ne sont pas toujours proportionnés au degré de la torsion. La ligne des apophyses épineuses peut monter parallèlement à la verticale passant par le sacrum ; elle peut la rejoindre ou même la croiser. Quant au sacrum, il participe ou non à la déviation.

FAITS THÉRAPEUTIQUES

M. de St-Germain a dit dans sa *Chirurgie orthopédique* : « La scoliose abandonnée à elle-même ne guérit jamais. » L'influence du traitement de cette maladie est très grande, parce que, lorsqu'il est institué d'une façon rationnelle, patiemment et quelquefois longuement réalisé, il aboutit souvent à la guérison et donne toujours dans tous les cas d'excellents résultats. Cela, bien entendu, est d'autant plus certain que le début de l'affection est plus récent et que la déformation du rachis, sur laquelle nous avons insisté à propos de l'anatomie pathologique, ne s'est pas trop accentuée.

Traitement général. — En premier lieu nous indiquerons les moyens hygiéniques et thérapeutiques, qui s'adressent en particulier à l'état général et qui peuvent s'appliquer à tous les cas de scoliose. L'emploi approprié de préparations phosphatées, ferrugineuses et aussi arsenicales, doit être conseillé en même temps qu'une alimentation reconstituante. Signalons encore les bons effets : — d'un séjour à la campagne, à une époque favorable — de l'hydrothérapie, chaude ou froide, sulfureuse

par exemple — de l'héliothérapie — de la cure thermale saline, à condition d'être surveillée. Enfin chez les scoliotiques hypothyroïdiens nous ordonnerons, à la suite du docteur Gourdon (de Bordeaux), un traitement général opothérapique sous forme de suc thyroïdien glycériné.

Traitement local. — Si l'influence de l'état général ne nous paraît pas discutable, on ne saurait nier les heureux résultats obtenus dans les scolioses par un traitement local, basé sur l'électrothérapie, le massage, la gymnastique et enfin l'orthopédie.

Dans les scolioses du premier degré, où la déformation de la colonne vertébrale est peu prononcée, nous ferons appel au massage et à l'électrothérapie. Ces moyens thérapeutiques ne doivent pas seulement s'adresser aux muscles du côté de la convexité de la courbure, mais à toutes les parties musculaires frappées d'atonie. On peut encore agir sur les muscles des gouttières rachidiennes par un traitement gymnastique progressif, au moyen d'appareils ou sans appareils. C'est la méthode de Ling ou méthode suédoise. Son but est double :

1° Rendre la colonne vertébrale plus mobile et par conséquent diminuer la courbure ;

2° Conserver les résultats acquis en fortifiant certains groupes musculaires.

Nous recommandons spécialement, pour le traitement des scolioses lombaires, les exercices de flexion du tronc sur les côtés avec pression manuelle sur la convexité de la courbure d'une part et sur la hanche du côté opposé d'autre part ; c'est la méthode de Mikulicz.

Dans les scolioses du deuxième ou du troisième degré, la déviation de la colonne vertébrale est plus étendue ; à

cette déviation s'ajoute un autre élément : la rotation des vertèbres. L'attitude vicieuse datant de longtemps, il s'est produit des changements non seulement dans les muscles et les ligaments, mais encore dans les os. Un traitement énergique chirurgical s'impose. Théoriquement, pour combattre la rotation, il faudrait agir directement sur les vertèbres ; en pratique nous ne pouvons procéder ainsi. Ce traitement, qui pourrait être efficace dans la région cervicale, par suite de l'extrême mobilité des vertèbres de cette région, ne l'est plus pour le rachis lombaire. On ne peut avoir d'action sur les vertèbres lombaires que par leur partie postérieure, afin d'éviter la compression abdominale. Il faut aussi immobiliser le bassin. Les appareils utilisés agissent par appui postérieur et latéral, ou encore par mobilisation après contention du bassin. Signalons l'appareil de Schulthess, qui paraît indiqué dans ce cas ; il est construit d'après ce principe fondamental : appliquer directement la détorsion aux vertèbres, sans transmettre la force au bassin et à la partie supérieure du thorax. On évite avec soin la compression abdominale.

Pour corriger la courbure lombaire, Ansel G. Cook a imaginé un corset en plâtre ou en cuir moulé à ouverture lacée antérieure avec une double fenêtre sur les parties latérales droite et gauche. Sous se corset, une large bande de toile passe sur la convexité de la courbure lombaire, se réfléchit sur les angles de la fenêtre de l'autre côté, et vient se boucler en dehors sur la face opposée. Le corset fenêtré agit directement sur la courbure osseuse ; le poids est sur la convexité de la courbure et la résistance est partagée entre la hanche et le thorax du côté opposé. La force de pression peut être facilement réglée, augmentée ou diminuée, sans pour

cela enlever le corset. Pour obtenir un bon résultat, l'auteur conseille de maintenir la pression constante et de faire porter le corset nuit et jour.

Un mot enfin sur la méthode d'Abbott (de Portland) basée sur le principe de la correction en flexion. Cette méthode de traitement se fait en trois phases : 1° le malade assouplit sa colonne vertébrale et la prépare ainsi à la correction ; 2° après les manœuvres de redressement qu'ont facilitées les opérations de la phase de préparation, c'est une colonne vertébrale corrigée, parfois hypercorrigée, que l'on fixe dans un plâtre fenêtré ; 3° il faut ensuite parfaire l'hypercorrection dans le plâtre lui-même par l'application de la compression directe au moyen de feutres introduits à travers les fenêtres.

Quel que soit le mode de traitement orthopédique employé, quand l'hypercorrection est suffisante, il faut libérer le malade de son plâtre, qui affaiblit les muscles du tronc. Après l'ablation de l'appareil, il importe de surveiller constamment le sujet et de le protéger contre une rechute possible. Pour cela, il faut de temps en temps mesurer la déviation latérale et la rotation de la colonne vertébrale. Le malade sera soumis à des séances de gymnastique méthodique, en dehors desquelles il conservera pendant quelque temps encore un corset amovible. Enfin il faut empêcher le malade de reprendre de mauvaises attitudes, surtout après la suppression du corset amovible.

Résultats. — On peut espérer aujourd'hui guérir une certaine catégorie de scoliotiques, les moins atteints. Cependant les doutes apparaissent quand on a affaire à des scolioses graves ; on peut toutefois les traiter. Un traitement appliqué de façon rationnelle et suivie amène

la guérison ou tout au moins une amélioration notable. Ce traitement est d'autant plus efficace qu'il est commencé de bonne heure. Les états préscoliotiques et les scolioses du premier degré sont toujours guéris au bout d'un traitement de trois à dix mois. Celles du deuxième et du troisième degré sont améliorées en grande partie par la thérapeutique orthopédique, qui enraye le processus déformant et favorise la correction ; mais, avant d'obtenir ce résultat avantageux, il faut environ deux années de traitement.

CONCLUSIONS

I. — Les scolioses essentielles à début lombaire ne sont pas très rares ; la convexité de leur courbure principale est le plus souvent dirigée à gauche.

II. — Il ne faut donc pas admettre uniquement, avec les classiques, que les scolioses essentielles ont un début dorsal droit.

III. — Pour que le traitement de la scoliose soit vraiment efficace, il faut le commencer dès la première apparition de la maladie. La guérison sera alors certaine et rapidement obtenue.

IV. — Pour combattre la scoliose par un traitement approprié, il importe donc de faire un diagnostic précoce de la lésion primitive. Là réside la grande difficulté, surtout pour les scolioses essentielles à début lombaire.

V. — Bien que la scoliose soit une malformation très compatible avec la vie, il faut la traiter. En effet, le malade atteint de scoliose accentuée est un véritable infirme

chez qui les lésions pulmonaires, ou cardiaques, ou rénales peuvent avoir une gravité considérable.

VI. — Même pour les scolioses « avancées », il ne faut pas se contenter du traitement local ; le traitement général est de règle dans tous les cas.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 mai 1920.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 mai 1920.
Pour le Doyen :
Le Professeur délégué,
A. IMBERT.

BIBLIOGRAPHIE

BOUVIER. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur (Paris, 1858).

LORENZ (A.). — Die Torsion der Skoliose Wirbelsaüle (Wien. med. Woch., 1886).

KIRMISSON. — Pathogénie des scolioses (Revue d'orthopédie, 1890).

DENUCÉ. — Traitement de la scoliose essentielle des adolescents (Revue d'orthopédie, 1892).

NAGEOTTE-WILBOUCHEWICK (Mme). — De la gymnastique dans le traitement de la scoliose (Presse médicale, 1896).

HEISER. — Contribution à l'étude de la scoliose essentielle des adolescents (Thèse de Paris, 1897).

GÉRARDIN (R.). — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la scoliose (Thèse de Lyon, 1897).

STAHEL (Jacob). — Klinische Studien uber die Lendenskoliose (Zeischrift fur orth. Chir. von Heffa, 1899).

SCHULTHESS. — Traitement de la scoliose (Journal d'orthopédie : Tome X, année 1902 ; Tome XIV, année 1905).

SCHULTHESS (W.). — Scoliose des adolescents (Journal d'orthopédie, 1906).

HUTINEL. — Scoliose et nutrition chez les adolescents (Paris, 1908).

MONOD (Gérard). — Essai de pathogénie des scolioses (Thèse de Lyon, 1909).

VEAU (Victor). — De la scoliose (Nouvelle pratique médico-chirurgicale illustrée, 1911).

LOMBARD DE CHATEAU-ARNOUZ. — Les scolioses (Thèse de Paris, 1912).

ABBOTT. — Traitement des scolioses (New-York medical Journal, 1912).

GASNE. — Mécanisme, pathogénie et traitement des scolioses (Thèse de Bordeaux, 1913).

COOK (Ansel G.). — Introduction à la pathologie et au traitement de la scoliose (Journal américain de chirurgie orthopédique, 1913).

PORTER (John L.). — Pronostic de la scoliose (Journal américain de chirurgie orthopédique, 1913).

DESFOSSES (P.). — Traitement de la scoliose (Presse médicale, 1914).

LEMOUSSU. — Méthode d'Abbott dans le traitement de la scoliose (Thèse de Paris, 1914).

CALVÉ. — Méthode d'Abbott et de Forbes (Presse médicale, 1914).

OMBREDANNE. — Traitement de la scoliose (Presse médicale, 1914).

GOURDON (J.) et DIJONNEAU. — Scoliose et hypothyroïdie (Revue d'orthopédie, 1914).

ESTOR (E.). — Traitement de la scoliose (Revue d'orthopédie, 1919).

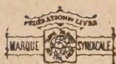
ETIENNE (E.). — Scoliose essentielle et glandes à sécrétions internes (Soc. des Sciences méd. et du Languedoc méditerranéen, janvier 1920).

— Deux cas de scoliose essentielle à début lombaire (Ibid., mai 1920).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.